

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 63

Les

Ostéoarthrites de la Hanche

d'origine

mélitococcique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Jean-Joseph-Albert CAUSSAIN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VILLÉ (Bas-Rhin), le 13 mars 1909.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
		ABADIE, professeur.....	{ Juges
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé ...	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0012

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 63

Les

Ostéoarthrites de la Hanche

d'origine

mélitococcique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Jean-Joseph-Albert CAUSSAIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VILLÉ (Bas-Rhin), le 13 mars 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
		ABADIE, professeur.....	Juges
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé ...	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE — A MON PERE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma piété filiale et de ma profonde
reconnaissance.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MA FIANCEE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI
MARCEL LE MAIGNAN DE KERANGAT

A MES AMIS DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAÎTRES DU COLLÈGE DE LUNEVILLE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE ANNEXE DE BREST

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON JURY DE THESE

AU DOCTEUR P. BROUSTET

*Médecin des hôpitaux,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté.*

Nous lui sommes reconnaissant de ses
précieux conseils.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Il nous a fait l'honneur de présider
notre thèse; nous l'en remercions pro-
fondément.

De son enseignement si efficace au lit
du malade, nous garderons une em-
preinte durable.

Les Ostéoarthrites de la Hanche d'origine mélitococcique

INTRODUCTION

La mélitococcie a donné raison aux prédictions qu'il y a quelque vingt ans formulait Charles Nicolle; c'était bien la « maladie de l'Avenir ». Totalelement inconnue en France jusqu'en 1908, elle sévit, en 1933, à l'état endémique sur tout le littoral méditerranéen, dans tout le Massif Central, dans la plus grande partie du bassin du Rhône et dans un très grand nombre de départements français. On la retrouve, plus rarement c'est vrai, dans des régions jusqu'ici indemnes. Elle gagne du terrain vers le Nord; on la signale en Alsace, en Lorraine, et jusque dans les pays scandinaves. En France, les brucelloses annuellement observées dépassent le nombre impressionnant de 7.500 cas ! (Jullien, *Monde médical*, 15 mai 1933.)

Jusqu'à ces dernières années, la mélitococcie était complètement ignorée dans le département de la Gironde et même dans tout le Sud-Ouest. Elle vient d'y faire son apparition, puisqu'en deux ans, deux mélitococciques ont été hospitalisés dans le service de M. le Professeur Mauriac. Il est probable qu'elle existe aussi dans des régions où on ne la signale

pas encore; le jour où les médecins seront suffisamment prévenus et s'astreindront à un dépistage systématique, sa fréquence n'en deviendra que plus grande.

C'est qu'en effet cette septicémie ne présente pas habituellement la symptomatologie facile décrite dans les manuels. Le plus souvent, elle n'a, chez l'homme, ni physionomie pathognomonique ni individualité clinique. Son évolution paraît tout à fait déroutante : ne la trouve que celui qui la recherche (Jullien). → Elle est de ces affections qui, par leur complexité même et la variabilité de leurs symptômes, sont, suivant l'expression de Brault, de véritables « caméléons ». Et alors, pour un esprit non prévenu, l'erreur devient souvent inévitable. L'on porte par exemple le diagnostic de typhoïde, de paludisme, de typhus récurrent, d'endocardite infectieuse même, et c'est une mélitococcie; on croit à une tuberculose pulmonaire quand on a affaire à une forme pulmonaire de brucellose; on fait l'ablation d'un testicule parce qu'on le croyait tuberculeux, et il s'agissait d'une orchite à Mélitensis ! Il en est de même des manifestations articulaires de la fièvre de Malte : les arthralgies, si fréquentes au cours de la maladie, risquent souvent d'être prises pour du rhumatisme articulaire aigu; mais ce sont surtout certaines formes de localisations ostéo-articulaires qui rendent le diagnostic singulièrement délicat, alors même que l'on est prévenu, alors même que l'on pense à la fièvre de Malte. Dans le service de M. le Professeur Mauriac, nous en avons trouvé un exemple suggestif chez un malade qui a présenté, au cours d'une mélitococcie avérée, une arthrite subaiguë de la hanche, sur l'origine de laquelle on mit un certain temps à se prononcer.

Nous nous proposons, au cours de ce travail, d'étudier en détail cette localisation mélitococcique, peu connue jusqu'ici, et d'ailleurs assez rare, tant à cause de sa confusion fréquente avec des arthrites d'autre nature, tuberculeuses surtout, que parce qu'elle justifie ici encore l'épithète de « protéiforme », appliquée à la mélitococcie dont le médecin aura désormais systématiquement à se méfier.

DIVISION DU SUJET

Avant d'entreprendre l'étude particulière des coxites à mélitocoques, nous avons cru devoir les situer auparavant dans le cadre général des déterminations articulaires de la fièvre de Malte.

Nous rapporterons ensuite les quelques observations de coxites à mélitocoque que nous avons pu réunir, dont celle, inédite, provenant du service de M. le Professeur Mauriac; elle fut le point de départ de notre thèse.

Nous essaierons d'en dégager une symptomatologie et de mettre en évidence les caractéristiques de leur évolution et de leur pronostic.

Après un chapitre consacré à leur étiologie, à leur pathogénie et à leur anatomie pathologique, nous aborderons celui du diagnostic.

Nous insisterons tout spécialement sur le diagnostic différentiel de certaines formes de coxite à mélitocoque avec la coxalgie.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous envisagerons leur traitement.

LES DETERMINATIONS ARTICULAIRES DE LA MELITOCOCCIE

Elles sont extrêmement fréquentes, et plus que toutes les autres algies. « Si l'on interroge un Méditerranéen sur les particularités de sa maladie, il y a gros à parier que sa réponse indiquera en premier lieu une souffrance articulaire. » (Cantaloube). Cet auteur, dans son beau livre sur *la Fièvre de Malte en France*, relate 172 observations, dont 151 comportent des complications articulaires. On peut donc dire qu'elles font partie intégrante du tableau clinique de la fièvre ondulante et les considérer avec Burnet comme la manifestation la plus caractéristique de celle-ci. Toutes les localisations, toutes les variétés de durée et de continuité existent, depuis la généralisation à toutes les jointures, jusqu'à l'atteinte tenace et limitée d'une seule articulation.

Ces manifestations articulaires ne sont, dans l'immense majorité des cas, que de simples *arthralgies*, coexistant ou non avec des myalgies, des névralgies, des ostéalgies, dont l'ensemble constitue les « flambées algiques », comme les appelle le Professeur H. Roger. D'intensité et de siège variables, elles atteignent plusieurs articles à la fois. Rarement observées au début, elles simulent alors le rhumatisme articulaire aigu; le plus souvent, elles surviennent vers la deuxième ou troisième onde fébrile. Fugaces, elles disparaissent en quelques jours, allant d'une articulation à l'autre, et pouvant reparaitre lors d'une nouvelle onde fébrile. La douleur qu'elles occasionnent est variable; légère, elle se traduit par une simple sensation de pesanteur dans les articles intéressés; intense, elle l'est souvent au point d'immobiliser

complètement le malade. Ces arthralgies, contrairement à certaines opinions, siègent de préférence sur les grandes articulations (voir plus loin la statistique de Cantaloube); ce n'est qu'à la dernière période qu'elles vont aux petites; d'où cette croyance populaire à Malte, que « les douleurs des pieds et des mains indiquent le commencement de la fin, le virus de cette maladie tendant à quitter le corps par les extrémités des membres » (Hayat).

Moins fréquemment déjà, il s'agit, non plus d'arthralgies, mais de véritables *arthrites aiguës*. D'apparition analogue à celle des arthralgies, elles se manifestent par une augmentation du volume des articles et par une douleur qui s'exacerbe au moindre mouvement. Aussi, l'immobilité est-elle absolue et la contracture des muscles intéressés constante. Ces arthrites s'accompagnent très rarement de rougeur, et pourtant H. Roger a décrit une forme hydarthrosique, avec gonflement articulaire subit et rougeur intense « quasi érysipélateuse »; la suppuration paraît imminente, mais, au bout de quelques jours, les symptômes rétrocedent sans que la ponction ait jamais ramené de pus. Ces arthrites aiguës, plus fréquemment polyarticulaires, évoluent sans séquelles. Elles sont en général du type séreux; tout à fait exceptionnellement, elles aboutissent à la suppuration, ou bien elles prennent le type d'arthrite plastique : l'article reste alors tuméfié plus longtemps et risque de s'ankyloser, si on n'a pas évité cette complication par une mécanothérapie précoce.

Plus rarement enfin, comparativement aux arthrites aiguës, dont l'évolution dure une à deux semaines, on observe des *formes subaiguës ou chroniques*. « Il semble, écrit M^{me} Martin dans sa thèse, que le Mélitensis n'a guère de tendance à se fixer d'une façon chronique sur les articulations. Les cas exceptionnels qui ont été cités paraissent revêtir la forme monoarticulaire. » Il nous semble, au contraire, que ces formes chroniques monoarticulaires n'ont pas la rareté exceptionnelle que leur attribue M^{me} Martin. D'après Janbon et Duponnois, « on n'a pas suffisamment insisté encore sur la

fréquence et l'importance des déterminations ostéo-articulaires chroniques au cours de la fièvre ondulante; la gravité, la ténacité de certaines formes chroniques n'ont pas été suffisamment mises en valeur. Jusqu'à la description de la spondylite mélitococcique par H. Roger, on emportait de l'étude des phénomènes articulaires dans la fièvre de Malte, la conviction de leur fugacité, de leur variabilité et de leur bénignité ». Ces auteurs relatent trois cas de sacro-coxite tenace accompagnés de phénomènes douloureux et fonctionnels importants. « Il semble bien que sur ce chapitre les descriptions classiques puissent être utilement complétées. »

Cette forme chronique des arthrites mélitococciques est donc presque toujours monoarticulaire. La seule observation de rhumatisme chronique polyarticulaire à mélitocoques, publiée en 1940 par Lagriffoul et H. Roger, est, de l'avis actuel de ce dernier, sujette à caution, le séro-diagnostic de Wright n'ayant pas été poursuivi au delà de un trentième, taux vraiment insuffisant pour caractériser d'une façon formelle une mélitococcie.

Pour Laventure, elle serait presque toujours localisée à la hanche (sacro-coxite, coxite). Elle a été cependant décrite ailleurs; on connaît en particulier les pseudo-tumeurs blanches du genou et les spondylites mélitococciques. Il est fort vraisemblable que ces localisations chroniques (hanches, genou, etc.) correspondent, par ordre de fréquence, aux localisations articulaires mélitococciques en général, dont Cantaloube a dressé une statistique, basée sur 151 malades. Sont atteints, par ordre de fréquence :

- 1° *l'interligne sacro-iliaque* : 50 fois, donc $\frac{1}{3}$ des cas;
- 2° *les genoux* : 37 fois, donc $\frac{1}{4}$ des cas environ;
- 3° *les épaules* : 36 fois;
- 4° *les articulations des vertèbres lombaires* : 18 fois;
- 5° *les hanches* : 18 fois = 9 fois des deux côtés, 4 fois à droite, 5 fois à gauche, au total $\frac{1}{8}$ des cas;
- 6° *les poignets* : 15 fois;

- 7° *les mains et les doigts* : 13 fois;
- 8° *les chevilles* : 10 fois;
- 9° *les articulations des vertèbres dorsales* : 8 fois;
- 10° *les coudes* : 6 fois;
- 11° *les articulations cervicales* : 3 fois.

En résumé, l'arthralgie simple passe au premier plan, laissant loin derrière elle l'arthrite séreuse avec épanchement plus ou moins abondant (28 cas), l'arthrite sèche (3 cas), l'ostéo-arthrite (2 cas), l'arthrite suppurée bénigne.

LES COXITES A MELITOCOQUES

1° FRÉQUENCE.

La statistique de Cantaloube vient de nous montrer que la localisation du mélitocoque sur la hanche n'est pas des plus fréquentes : 18 malades seulement sur les 151 ayant présenté des manifestations articulaires. Et encore ces 18 observations ne se rapportent-elles pas toutes au sujet qui nous intéresse, puisque, là aussi, ce sont les arthralgies et les arthrites à évolution rapide et de diagnostic facile qui prennent la première place. Dans l'ouvrage de Cantaloube, nous ne relevons que 2 cas d'ostéoarthrite de la hanche, dont la symptomatologie a été telle, qu'elle a pu prêter à des confusions.

Ce sont principalement ces formes-là qui retiendront notre attention; apparues à l'état isolé ou avec d'autres manifestations articulaires, elles peuvent, par leur gravité, leur ténacité, leur allure chronique, après un début qui a pu être aigu, laisser supposer une participation osseuse et prendre, plus que tout autre masque, celui de la coxalgie.

2° HISTORIQUE.

Il se résume à peu près aux quelques observations que nous allons relater. C'est, à notre connaissance, Gillot (d'Alger) qui, le premier, en 1909, donna une description détaillée de cette complication, en attirant l'attention sur sa confusion possible avec la coxalgie : « Cette coxalgie méditerranéenne mérite vraiment une étude particulière et

se recommande aux observations futures des médecins qui auront affaire à la fièvre de Malte. »

Cantaloube, deux ans après, signale dans son ouvrage 2 cas de pseudo-coxalgie (Obs. CXXI et CLV).

En 1921, l'auteur italien Cignozzi publie 2 cas de « coxo-psoïte de la fièvre de Malte, simulant la coxalgie. »

En 1927, c'est un Espagnol, le docteur Gonzalez Aguilar, qui consacre, à propos d'un malade (dont l'observation comporte, pour la première fois, des images radiographiques), un article à la pseudo-coxalgie méditerranéenne.

En 1933, O'Donoghue publie la première observation d'une coxite suppurée ayant nécessité une arthrotomie.

Enfin, nous avons l'honneur de publier ici-même une observation tout à fait récente de coxite à mélitocoque, due à l'obligeance de M. le Professeur Mauriac.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Prise dans le service de M. le Professeur MAURIAC.)

F... (Maurice), 34 ans, maçon, domicilié à Saint-Loubès (Gironde).

Entre à l'Hôpital Saint-André, le 15 novembre 1932, dans le service de M. le Professeur Mauriac, en raison de douleurs lombaires intenses qui l'obligent à garder le lit depuis quelques mois.

C'est, en effet, le 20 janvier 1932, dans la nuit, que le malade fut pris, en pleine santé, de douleurs atroces, localisées au niveau de la colonne lombaire, sans irradiations, et s'exacerbant au moindre mouvement. Cette première crise douloureuse aurait duré une heure et demie, puis tout serait rentré dans l'ordre. Sur les conseils de son médecin, qui pense à un lumbago, le malade se repose huit jours avant de reprendre son travail.

Six jours après la reprise de ses occupations, une nouvelle crise douloureuse l'oblige à s'aliter. Les douleurs sont supportables, mais continues. Il présente de la fièvre (38 degrés le soir). Il aurait également présenté des crises de diarrhée, du subictère; ses selles auraient été noirâtres et son foie augmenté de volume. Son état général décline : inappétence, amaigrissement, sueurs abondantes. Cette période dure un mois environ.

Vers la fin d'avril 1932, ces phénomènes rétrocedent, et le malade peut reprendre son travail, mais en évitant toute fatigue.

Au mois de mai survient une nouvelle crise douloureuse, toujours localisée à la colonne lombaire, mais avec, en plus, des irradiations vers les fesses et les hanches. Tout mouvement des membres inférieurs exacerbe ces douleurs. Le malade continue cepen-

dant à marcher, mais très péniblement et à l'aide d'une canne. Il présente en outre des sueurs profuses et des troubles gastro-intestinaux.

Vers le 20 septembre, le malade se met à ressentir des douleurs dans la cuisse droite, du même type que les autres; elles se produisent seulement à l'occasion de mouvements. Les troubles gastro-intestinaux persistent. Le malade maigrit énormément et se trouve sans forces. Devant cet état qui l'oblige à garder le lit, le malade décide d'entrer à l'hôpital. A son entrée, la douleur l'immobilise complètement : située au niveau des lombes et des échancrures sciatiques, elle s'irradie dans le pli inguinal, plus marquée à droite qu'à gauche.

Antécédents personnels. — Le malade a fait son service militaire en Syrie; il a séjourné également en Turquie. A cette époque, il aurait présenté des accès de paludisme; il boit 3 litres de vin par jour; il n'avoue aucun antécédent vénérien.

De septembre 1931 à janvier 1932; il a habité à proximité d'un parc à chèvres et à brebis où sévissait une épidémie d'avortements; un tas de fumier provenant de ces animaux se trouvait près de son logis. Il a consommé parfois du fromage provenant du lait de ces chèvres.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen à l'entrée (15 nov. 1932). — Le malade présente des douleurs spontanées dans la région lombo-sacrée.

A l'examen clinique, on ne constate pas grand'chose; on n'arrive pas à préciser de point douloureux.

Au membre inférieur, on note, à droite, une limitation des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, sous l'influence de la douleur, bref un signe de Lasègue. Par ailleurs, aucun autre trouble de la sensibilité subjective ou objective. Le réflexe rotulien est plus vif à gauche qu'à droite. Les réflexes achilléens sont exagérés; il existe du clonus du pied à gauche. Pas de Babinski.

Au membre supérieur, hyperreflectivité assez marquée, et présence de réflexes ostéo-périostés. *Une première radiographie* montre une colonne lombaire normale : remarquons l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale droite, ultérieurement atteinte.

En raison de la fièvre présentée par ce malade, on lui fait des piqûres de septicémine; sur les articulations douloureuses on lui fait des applications d'air chaud.

Le 17 novembre 1932 parviennent les premières analyses du laboratoire.

B.-W. négatif.

Meinicke négatif.

Sérodiagnostic T.A.B. négatif.

On émet alors l'hypothèse d'une fièvre de Malte.

Le 26 novembre, ce diagnostic est confirmé par une séro-agglutination avec l'antigène du Professeur Lisbonne, positive à $\frac{1}{600}$

Le 29 novembre 1932, des examens de sang sont pratiqués :

Formule leucocytaire :

Poly. neutrophiles, 79 p. 100;

Mononucléaires, 16 p. 100;

Lymphocytes, 4 p. 100;

Cellules de transition, 1 p. 100.

Numération globulaire :

Globules rouges, 4,557.000;

Globules blancs, 15.500;

Hémoglobine, 75 p. 100.

Le 11 janvier 1933 on institue, en raison des douleurs persistantes, un traitement électrique. Pas de résultats.

Vers la fin de ce mois, la hanche droite, jusqu'alors simplement douloureuse à la mobilisation, augmente de volume, et la douleur devient telle que le moindre mouvement est impossible. La cuisse est en demi-flexion sur le bassin; la hanche est grosse, la peau rouge et chaude. La palpation est douloureuse, mais tout particulièrement au niveau du grand trochanter; il existe de la gonalgie. La fièvre atteint 39 degrés.

Une deuxième radiographie, pratiquée à ce moment, montre un aspect granité de la tête fémorale, sans décalcification. Aspect



FIG. 1. — (Observation du professeur Mauriac). Etat de la
hanche droite le 5 avril 1933.



FIG. 11. — (Observation du professeur Mauriac). Etat de la hanche le
20 novembre 1933, quatre mois après la sortie de l'hôpital.

granité également de la partie visible de la cavité cotyloïde. L'interligne articulaire est conservé et les surfaces articulaires sont nettes,

Une *ponction* de l'article est faite par le Docteur Dubourg, qui ramène un peu de liquide : il se montre stérile à l'examen et à la culture. Etant donné l'intensité de l'arthrite, on émet l'hypothèse d'une coxite à gonocoques, évoluant au cours de la mélitococcie.

Vers le 15 février 1933, l'arthrite, qui avait l'air de vouloir sup-purer, rétrocede peu à peu.

A la fin du mois, le malade va beaucoup mieux; les sueurs, les troubles gastro-intestinaux ont disparu. L'appétit est revenu et le malade grossit. Il conserve cependant une douleur dans sa hanche droite, qui paraît globuleuse, à cause d'une atrophie marquée des muscles de la fesse. Il existe une limitation de tous les mouvements : la cuisse est en demi-flexion. On se demande alors si on ne se trouve pas en présence d'une coxalgie.

C'est pourquoi, le 10 mars, on vérifie le séro-diagnostic de Wright. Celui-ci est à nouveau positif à 1/600°.

Le 5 avril 1933, une *troisième radiographie* montre des phénomènes de décalcification de la tête fémorale; la surface articulaire de la tête fémorale semble érodée par places.

Le 17 avril 1933, le malade est transéaté en chirurgie, dans le service du Docteur Parcelier, qui élimine l'hypothèse de coxalgie, mais pense qu'il est prudent de mettre le malade dans un appareil plâtré, afin d'obtenir une ankylose en bonne position.

Le 10 mai, c'est-à-dire après vingt-deux jours d'immobilisation, on enlève le plâtre. A ce moment, il existe une ankylose en rectitude; de plus, on s'aperçoit que le malade ne peut fléchir le pied sur la jambe : la force musculaire des fléchisseurs du pied a disparu (peut-être est-ce là un incident dû à l'appareil plâtré ?). On note une anesthésie à la piqûre de la face supérieure du pied, jusqu'au niveau du cou-de-pied.

Le 12 mai 1933, une *quatrième radiographie* montre la disparition de l'aspect granité de la tête fémorale; les surfaces articulaires ont repris leur régularité. L'interligne est libre, mais présente un aspect plus flou que du côté sain.

Le 28 juin 1933, sous l'influence de la mobilisation, la flexion de la cuisse sur l'abdomen revient peu à peu, mais la paralysie des fléchisseurs persiste toujours, nécessitant le port d'une chaussure orthopédique.

Le malade quitte l'hôpital.

Le 20 novembre 1933, il revient se faire examiner dans le service. Il est en excellente santé. Sa marche est à peu près normale. La paralysie des fléchisseurs a quelque peu rétrocedé.

L'articulation coxo-fémorale conserve une limitation de mouvements. Le Docteur Parcelier, qui, lui aussi, revoit le malade, constate que la flexion de la cuisse sur le bassin, ne dépasse pas l'angle droit et que l'abduction est limitée à 35 degrés. Cependant, l'amélioration est nette depuis sa sortie de l'hôpital : aux dires même du malade, elle progresse avec une lente régularité.

Une radiographie, pratiquée le même jour, montre une articulation absolument nette de toute lésion. La tête fémorale apparaît très nettement, sans irrégularité aucune. Les apophyses voisines (trochanters) ne présentent pas le moindre flou. On note seulement, par comparaison avec le côté sain, la persistance d'une décalcification légère de la tête fémorale.

D'après le Docteur Parcelier, on peut espérer chez ce malade une récupération totale des mouvements de la hanche, en un ou deux ans.

OBSERVATION II.

(Gillot [d'Alger], *Société pour l'avancement des sciences*, 1908.)

Pseudo-coxalgie méditerranéenne.

Au mois de juillet 1907, je soignai à Alger une petite fille de 13 ans atteinte de mélitococcie. Son frère, Lubrano A., âgé de 10 ans, avait été, quelque temps auparavant, mis en traitement dans le service de clinique chirurgicale infantile de l'Hôpital de Mustapha pour une coxalgie, et pendant quatre mois immobilisé dans un appareil plâtré. Celui-ci devait être renouvelé, mais la mère s'y opposa parce que l'examen du sang m'avait fait con-

naître qu'il s'agissait de fièvre de Malte. La guérison fut obtenue facilement dans la suite. L'histoire de ce petit malade avait été la suivante :

D'une très bonne santé jusqu'au mois de janvier 1907, il fut pris à cette époque d'une maladie fébrile avec alternatives de petits frissons et de chaleur, de transpirations fréquentes et de constipation. Il toussait un peu. De temps à autre se produisait une légère rétrocession des symptômes, puis ceux-ci reprenaient. On avait dit à la mère qu'il s'agissait d'une grippe prolongée. Cette soi-disant grippe durait depuis deux mois; l'enfant, du reste, allait mieux, et ne restait pas alité constamment, lorsqu'il fut pris d'une douleur dans le cou-de-pied droit. Celui-ci était un peu gonflé, et l'enfant ne pouvait se tenir debout. L'enflure ne tarda pas à disparaître et la marche fut reprise, mais avec boiterie. La mère s'aperçut alors qu'une hanche paraissait plus haute que l'autre. C'était en mars. Tout en boitant, l'enfant se plaignait de la hanche droite, et fut à cause de cela conduit à l'Hôpital de Mustapha. Le diagnostic de coxalgie fut établi et on appliqua un appareil plâtré, le membre étant maintenu en abduction légère, et le pied placé en rotation externe. C'était le 16 avril 1907. La douleur diminua, mais ne disparut pas immédiatement. Au bout de quatre mois, on enleva cet appareil. Je vis à ce moment l'enfant (juillet 1907).

L'examen montra que l'articulation coxo-fémorale était heureusement libre, non douloureuse, sans contracture musculaire de voisinage. Mais il y avait une atrophie marquée des muscles de la fesse, de la cuisse, de la jambe, sans troubles de la sensibilité. Etat général très bon. On laissa l'enfant courir à son aise. La boiterie, à cause de l'atrophie, persista plus de cinq mois, mais en décroissant. Je remarquai, au 18 septembre, qu'il y avait du raccourcissement apparent, et que la marche se faisait encore le pied en dehors. Au 13 novembre, la marche était devenue normale et facile. L'atrophie musculaire disparut, ayant été assurément causée par l'immobilisation prolongée qu'une erreur d'étiologie avait fait réaliser.

OBSERVATION III.

(GILLOT, *Ibid.*)

Au mois d'août 1907 se présentait à la consultation de la ville d'Alger une femme juive, Mme L..., avec son petit garçon âgé de 20 mois.

Elle amenait son petit garçon M..., qui, après avoir marché normalement quelque temps, ne marchait plus depuis vingt jours. Il avait eu des transpirations, de la constipation, et un peu d'amaigrissement depuis plusieurs mois. Il se nourrissait assez bien cependant, étant incomplètement sevré et allaité au sein de sa mère.

L'examen médical fournit les signes d'une coxalgie droite indéniable : claudication, douleur spontanée et prolongée de la hanche, diminution du jeu de l'articulation, contracture lombaire entraînant le bassin, et des modifications de l'ensellure lombaire; abduction du membre, etc. L'enfant est pâle; il n'a pas d'engorgement ganglionnaire, mais une grosse rate. Mme L... est envoyée avec son enfant, de la consultation de la ville, à l'Hôpital Mustapha, où elle est placée salle Bouillaud.

Le diagnostic de coxalgie droite est alors porté sans hésitation par tous ceux qui examinent le petit malade. Cependant, la séro-réaction me montre une agglutination rapide à $\frac{1}{100}$ du micrococcus cultivé en bouillon. Je pense tout de suite à une arthralgie de la fièvre de Malté. Toute pose de l'appareil de contention est évitée. On se contente de surveiller la régularité des selles et l'alimentation. La mère, qui a encore du lait, donnait le sein à son enfant de temps en temps, mais irrégulièrement, et, depuis plus de dix mois, lui faisait prendre des bouillies et du café au lait. Elle lui donnait du lait de chèvre acheté directement dans la rue Philippe, au chevrier qui mène ses bêtes lui-même directement à travers le quartier. Le lait de chèvre n'était jamais donné qu'après avoir bouilli. D'ailleurs, le père et la mère en consommaient journellement eux-mêmes et n'en ont jamais été incommodés. La maison qu'ils habitent est très peu hygiénique, et au milieu d'autres locataires dont aucun n'était malade.

L'entrée à l'hôpital eut lieu le 27 septembre. De ce jour au 5 octobre, la température de l'enfant avait varié de 36 à 38° 2; normale aux environs de 37 à partir du 5 octobre.

Le 7 octobre, la hanche est moins douloureuse et les signes de coxalgie ont diminué. L'enfant commence à se tenir debout. Quelques jours après, la guérison complète survint, sans atrophie musculaire. Le séjour à l'hôpital avait été de douze jours.

Il faut donc estimer que la durée de la « coxalgie » a été ici de plus d'un mois. Le 3 octobre, l'examen du lait de la mère avait montré qu'il n'agglutinait pas le micrococcus, pas plus que le sérum de son sang. La mise en culture ne donna aucun résultat.

Si nous avions négligé pour ce petit garçon la séro-réaction, on lui aurait appliqué un appareil d'immobilisation, dont l'atrophie musculaire eût pu être la conséquence.

OBSERVATION IV.

(CIGNOZZI, *Riforma medica*, 16 juill. 1921.)

Coxo-psoïte de la fièvre de Malte simulant la coxalgie.

Enfant de 8 ans, amené par son père le 2 mars 1921 pour une lésion de la hanche. Il me raconte que depuis deux mois, il présente une fièvre de nature indéterminée, et que, depuis vingt jours, il accuse des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche et la cuisse correspondante, ce qui le contraint à garder le lit et à maintenir la cuisse fléchie sur le bassin.

L'examen de l'état général montre un notable affaiblissement, un teint terreux et une température de 38° 2.

Localement, on note une hypotrophie de tout le membre inférieur gauche, qui est en demi-flexion. La douleur est intense au niveau de la fosse iliaque et s'accompagne d'une importante défense musculaire au niveau de l'abdomen. Le membre est étendu difficilement; il y a une limitation des mouvements de la hanche.

Le premier diagnostic porté est celui de coxite tuberculeuse, et

en attendant de modifier l'attitude vicieuse de semi-flexion de la cuisse, on met le sujet au lit, avec une légère extension. Pendant ce temps, une cure iodique intense est instituée : tous les deux jours, on lui fait une injection de 1 cm³ avec :

Iodure de potassium	0,20.
Iode	4 gr.
Liquueur de Fowler	15 gr.
Eau	85 gr.

Les signes locaux s'améliorent rapidement, et quinze jours plus tard, la cuisse peut être étendue, et la hanche reprend sa fonction normale. L'état général s'améliore également, mais la fièvre persiste, élevée, sans d'ailleurs déterminer aucun trouble. Les douleurs de la hanche et de la fosse iliaque sont dissipées au bout de vingt-cinq jours, l'hypotrophie du membre a disparu : l'enfant se lève et commence à marcher un peu. Le trentième jour, la guérison locale est complète, mais la fièvre persiste toujours (38 à 38° 5), et le malade ne se sent pas tout à fait bien.

Frappé par la rapide amélioration de cette inflammation de la hanche, ainsi que par les modalités de la fièvre, je pense à une fièvre de Malte. Le séro-diagnostic s'avère positif à $\frac{1}{100}$ ^s.

Quelques jours plus tard, le garçon présente une parotidite épidémique, et, le jour même, la fièvre tombe pour ne plus revenir.

Quarante jours se sont passés; l'enfant présente un état de santé excellent; il ne lui reste pas la moindre séquelle.

OBSERVATION V (Légèrement résumée).

(CIGNOZZI, *Ibid.*)

Enfant de 7 ans, demeurant à Ravi, ville proche du lieu où habite le garçon de l'observation précédente. La mélitococcie y règne à l'état endémique. Le père m'amène cet enfant, qu'il dit être malade de fièvre élevée depuis environ deux mois, et qui, en outre, depuis quinze jours, est contraint de garder le lit pour

des douleurs violentes de la hanche et de la fosse iliaque gauches. Il y a dix jours, est apparue une grosse tuméfaction de la hanche et de la racine de la cuisse gauche, et le médecin, en présence de ces lésions, pose le diagnostic de coxite tuberculeuse et conseille l'envoi du malade dans mon service.

Je me trouve en présence d'un enfant déprimé, au teint terneux, et présentant une fièvre de 39 degrés. Cependant, il a conservé un appétit formidable. L'articulation de la hanche est uniformément tuméfiée, le membre inférieur gauche, très hypotrophié, est en demi-flexion. La palpation révèle des points douloureux sur la hanche et l'arcade fémorale. Il est impossible de provoquer le moindre mouvement à cause de la douleur.

Là aussi, on envisage l'hypothèse de coxite tuberculeuse. On lui pratique des injections iodées, mais, sur refus des parents, on ne l'immobilise pas dans un appareil plâtré.

Quinze jours après, on constate une nette amélioration.

Le trente-cinquième jour, la tuméfaction a disparu, et les conditions générales s'améliorent.

Deux mois après le début, ce garçon peut recommencer à marcher. Il présente encore une légère fièvre journalière, qui ne l'incommode pas.

Frappé encore de cette rapide amélioration et me souvenant de l'observation précédente, je fais pratiquer alors un séro-diagnostic, qui est positif à $\frac{1}{100}$.

Depuis, l'enfant est guéri complètement, et de sa fièvre et de sa hanche; il court comme un lapin.

OBSERVATION VI.

Gonzalez AGUILAR, *Archivos de Medicina Cirurgia
y Especialidades.*)

Pseudo-coxalgie méditerranéenne.

G... (Francisco), sergent, 25 ans, né à Alicante.

Antécédents familiaux : Rien à signaler.

Antécédents personnels : A été footballeur et boxeur; forte constitution physique; nie tout antécédent vénérien.

Au milieu de novembre 1925, il reçut sur le pied droit une barre de fer qui lui occasionna plusieurs blessures, dont une fracture de un ou deux métatarsiens. Le traitement de ces lésions le confina au lit (Hôpital militaire d'Alicante) jusqu'au 23 décembre. A ce moment, en voulant se relever, il ressentit une douleur très forte dans l'articulation coxo-fémorale gauche, qui se reproduisit à chaque tentative de mouvement de cette articulation.

Ce n'est que deux jours plus tard qu'il commença à présenter de la fièvre; le malade ne lui attribua pas de caractère bien précis, sauf qu'elle lui semblait être une fièvre continue. Malgré cette fièvre et les douleurs de sa hanche, il rentra chez lui le 7 janvier 1926. A ce moment, c'est-à-dire quinze jours après le début des douleurs, apparurent des sueurs profuses. On pratiqua un séro-diagnostic qui montra une agglutination positive pour le

mélitensis à $\frac{1}{200}$.

Après deux mois de traitement, les symptômes généraux (fièvre, sueurs) disparurent, mais les douleurs localisées à la hanche, persistèrent. Peu après, il fut examiné aux rayons X et on diagnostiqua une coxalgie. Avec ce diagnostic, il retourna à l'hôpital d'Alicante, et, durant deux mois, fut traité par l'immobilisation.

A la fin de cette période, le malade dit qu'il lui est apparu une tuméfaction dure, indolore, au niveau de la fosse iliaque et du tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse. Et c'est vers les derniers jours d'avril 1926 qu'il entra dans la Clinique de chirurgie orthopédique de Carabanchel.

L'observation de la clinique mentionné qu'il s'agit d'un individu affaibli. Il présente une forte contracture de la cuisse gauche, laquelle est en demi-flexion et en abduction. On note en plus, une infiltration ligneuse de la fosse iliaque ainsi que du tiers supérieur de la cuisse gauche. Au niveau de ces parties tuméfiées, la peau est violacée et luisante. Tous les mouvements sont douloureux. Il existe une petite fistule dans l'aîne, par où s'écoule un léger exsudat séreux.

L'état du malade devient vraiment lamentable : les douleurs, la contracture, le plastron ligneux de la fosse iliaque et le mauvais état général du malade indiquent l'intervention. Au cours de cette intervention, on ne trouve aucun foyer de suppuration, et la tuméfaction appréciée par l'extérieur est constituée par un tissu blanchâtre et dur qui résiste au bistouri; on fait un prélèvement en vue de l'analyse et on referme la plaie opératoire.

Peu de jours plus tard, la fistule est cicatrisée, et le malade commence à s'améliorer d'une façon franche et rapide. Deux semaines après, ont disparu les douleurs et l'infiltration. Il commence à marcher, mais difficilement à cause de la mauvaise mobilité de l'articulation de la hanche. L'état général est redevenu excellent; il lui reste seulement cette ankylose incomplète de sa hanche. Les radiographies de cette époque (nov. 1926) montrent déjà des lésions nettes de la tête du fémur et du cotyle, dont nous reparlerons.

Lorsque nous fûmes chargé, par notre maître, le Docteur Bastos, d'étudier ce malade, nous nous sommes trouvé en présence d'un individu fort, sans autre tare que son ankylose. Celle-ci est incomplète. L'articulation permet un léger mouvement, non douloureux. Le malade, qui, depuis le mois de mai est sans traitement, et qui travaille dans l'atelier de rééducation, circule un peu partout et sans difficultés.

Nous répétons les examens radiographiques et nous trouvons une érosion de la partie supérieure de la tête fémorale et du bord cotyloïde. Les lignes floues des surfaces articulaires se continuent avec les os respectifs par une zone d'*ostéite condensante*.

Un premier coup d'œil sur la radiographie donne une impression de coxalgie. Cependant, ni la tête du fémur, ni le cotyle n'étaient décalcifiés. A des lésions tuberculeuses correspondent des phénomènes de décalcification, tandis que chez notre malade, ce sont des phénomènes de condensation qui se présentent.

La recherche de l'agglutination pour le mélitensis, pratiquée par Duran de Cottes, donne un résultat négatif le 16 novembre.

Le B.-W. est également négatif.

L'examen morphologique du sang nous donne les résultats suivants :

Formule leucocytaire :

Globules blancs, 7.000;
Neutrophiles, 70 p. 100;
Acidophiles, 3 p. 100;
Lymphocytes proprement dits, 24 p. 100;
Monocytes, 3 p. 100.

L'Arneth :

A = 8;
B = 38;
C = 45;
D = 8;
E = 1.

Nous pratiquons également une cutiréaction à la tuberculine; elle est négative.

Le malade séjourne encore actuellement à la clinique, sans notables modifications de son état. Récemment, il a fait une chute, qui lui fit faire un mouvement forcé de l'articulation malade et lui occasionna des douleurs. Pour ce motif, il fut obligé de garder le lit quelques jours.

La dernière radiographie, pratiquée le 9 avril 1927, ne fait pas varier les données de ce problème clinique.

OBSERVATION VII.

(CANTALOUBE, obs. CXXI de son ouvrage : *Une épidémie de fièvre de Malte en France.*)

P... (Sumène), homme, 43 ans.

Sa profession, gendarme, l'amène à de fréquents contacts avec la population contaminée.

N'a pas de chèvres, mais achète des fromages de chèvre.

Début apparent : juillet 1908.

Durée du séjour au lit : forme ambulatoire.

Durée de la maladie : 8 mois.

En juillet 1909, éprouve des malaises, courbature, asthénie, perte d'appétit, polydipsie, etc. Il tousse un peu et l'auscultation décèle un petit foyer localisé de congestion pulmonaire. Le malade sue la nuit et donne l'impression d'un tuberculeux. Les sueurs persistent encore dix mois après. Pas de constipation.

Douleurs : arthralgie du coude gauche, arthralgies généralisées; arthrite séreuse de la hanche gauche. Le pli de l'aîne est effacé, et ce n'est qu'à grand peine que le malade arrive à faire quelques pas, à l'aide de cannes.

En janvier 1909, les douleurs qui avaient cessé, reprennent, plus intenses; les sueurs sont plus abondantes, l'asthénie plus accentuée. Douleurs erratiques : épaules, cuisses, hanches; la hanche gauche est à nouveau prise et il se forme un épanchement. Le malade est obligé (par sa qualité de gendarme) d'entrer à l'hôpital, où il est traité pour sciatique rhumatismale. Il en sort le 20 avril 1909.

Orchite double en octobre 1909, durant quinze jours, sans atrophie consécutive. Scrotum rouge et chaud, mais sans épanchement.

Fourmillement dans la main droite. Desquamation abondante en janvier 1910. Diminution passagère de l'acuité auditive. Pas d'épistaxis, pas de chute de cheveux.

« Cet homme, dit Cantaloube dans le commentaire qu'il fait de cette observation, après des symptômes respiratoires qui, sauf leur localisation, paraissaient tuberculeux, surtout associés à un dépérissement général, des sueurs, de l'inappétence, etc., commença au bout de quelques mois à traîner la jambe gauche. Très endurant, il attendit, avant de demander mon avis, qu'il lui fût impossible de faire un pas. Je l'examine; le pli de l'aîne est effacé; la pression sur la tête fémorale est douloureuse; l'abduction et la rotation en dehors très limitées. *Séro-diagnostic positif*. Ce malade, traité dans un hôpital pour sciatique rhumatismale, guérit lentement, avec récupération de tous les mouvements et retour à un excellent état général. Il s'agissait d'une pseudo-coxalgie. »

OBSERVATION VIII.

Arthrite infectieuse de la hanche à Brucella-Melitensis.

(O'DONOGHUE, *Journal of Bone and Joint Surgery*, avril 1933.)

Une fille blanche, habitant le nord de la Nebraska, vient au Lutheran General Hospital de Sioux-City, dans le service du Docteur I.-E. Nervig, le 25 février 1931. Elle se plaint que depuis six semaines elle fait de la température, surtout l'après-midi, et présente des malaises nets, des céphalées et parfois des sueurs.

Antécédents familiaux. — Absolument négatifs.

La famille élève un certain nombre de chèvres dans la ferme, mais le père nie tout avortement dans son troupeau, ces mois derniers.

L'examen général fut essentiellement négatif à cette époque, si ce n'est qu'on note une perte de poids très importante et un aspect plutôt déficient. Les examens de laboratoire montrent : une urine normale. Hémoglobine, 70 p. 100; leucocytes, 10.700, avec une légère lymphocytose. B.-W., réaction à la tuberculine, sero de Widal, sont négatifs, mais il existe une agglutination positive pour le mélitensis à 1/160.

Elle reste à l'hôpital du 25 février au 23 mars 1931. Elle est traitée, durant toute cette période, par des injections intraveineuses de mercurochrome. Ces injections sont suivies d'une forte ascension thermique et de sueurs. Elle quitte l'hôpital en mars 1931, ayant toujours des élévations de température les après-midi, mais avec un état général bien amélioré.

Elle revient à l'hôpital en avril 1931, se plaignant de douleurs exécrables dans la hanche droite, accompagnées de sueurs et de fièvre. Nous sommes appelé à la voir le 4 avril. Nous nous trouvons en présence d'une fille à l'aspect réellement malade et étendue avec le membre droit en rotation externe complète, en abduction d'environ 45 degrés et en demi-flexion. Elle crie de douleur au moindre mouvement de sa hanche, et au moindre contact; les ganglions de l'aîne droite sont notablement augmentés et sensiblement ramollis. La rate est palpable et sensiblement agrandie. Les

examens de laboratoire montrent à cette époque : une urine normale, une hémoglobine à 68 p. 100; globules blancs, 10.350, dont 39 p. 100 de lymphocytes. L'agglutination est positive pour le mélitensis à 1/160.

Les radiographies comparatives des deux hanches montrent un léger flou de l'articulation droite, avec probablement pincement articulaire. Cette constatation nous porte à faire le drainage radical, le 6 avril, en abordant l'articulation par l'incision de Smith-Petersen. Une grande quantité de pus épais est évacuée. La tête fémorale a un aspect rose. Un drain en caoutchouc est introduit dans l'ouverture postérieure, et l'ouverture antérieure obturée.

Une culture du pus ne poussa pas jusqu'au neuvième jour, lorsqu'un brucella typique fut mis en évidence par le Docteur Starry, du laboratoire de l'Hôpital.

Un appareil plâtré est appliqué immédiatement après l'opération.

Cette intervention ne modifia pas la température de la malade. Elle quitta l'hôpital dix-sept jours après l'opération, et demeura dans le plâtre jusqu'au 31 juillet 1931, date à laquelle on enleva l'appareil : Toutes les blessures étaient séchées, et les radios montrèrent une ankylose solide de la hanche. On l'avertit d'attendre un an ou deux avant l'arthroplastie.

De toutes ces observations, la dernière seule apporte un critère formel, par la mise en évidence du mélitocoque dans le pus articulaire.

A d'autres on pourrait reprocher soit la faiblesse relative de leur séro-diagnostic, soit même la disparition de celui-ci au bout d'un certain temps (obs. : Gonzalez, Aguilar).

Telles quelles, et malgré l'absence de preuve bactériologique, elles nous ont cependant paru acceptables. Au cours de notre travail, nous aurons plusieurs fois l'occasion d'en affirmer la validité.

SYMPTOMATOLOGIE

Pas plus que l'affection causale, les coxites à mélitococques ne semblent offrir aux cliniciens une physionomie bien caractéristique. Cependant, à défaut de caractères pathognomoniques, nous essaierons de montrer les modalités diverses de cette affection, qui, tantôt prend le masque d'une coxalgie, tantôt celui d'une arthrite infectieuse à gonococque ou à pyogène, voire même d'une ostéomyélite. C'est à dessein que nous ne marquerons pas de séparation plus nette entre ces différentes formes de coxites, étant donné leur extrême variabilité et la reversibilité fréquente d'une forme à l'autre.

DÉBUT.

Il peut être brutal ou progressif :

Brutal, il constitue parfois la première et l'unique manifestation d'une mélitococcie, jusqu'alors ignorée, en particulier lorsqu'il s'agit d'une forme ambulatoire. Chez le malade de Gonzalez Aguilar, les premières manifestations ont été des douleurs très violentes de la hanche survenues en pleine santé. Ou bien, brutal encore, le début est précédé ou s'accompagne d'autres déterminations articulaires au cours d'une mélitococcie déjà connue : A ce stade, il est impossible de dire s'il s'agit d'une arthralgie fugace ou d'une fluxion articulaire décidée à s'immobiliser.

Lorsque le début est *progressif* et insidieux, il peut, là encore, constituer la première manifestation d'une fièvre de Malte : c'est généralement un enfant qui, depuis un certain temps, présente de la fièvre, et peu à peu se met à boiter et

à se plaindre d'une hanche; il en est ainsi dans les observations de Gillot et Cignozzi. Mais, d'autre part, comme la spondylite mélitococcique et les localisations monoarticulaires en général, la coxite à mélitocoques peut se manifester progressivement, au cours même ou à la convalescence d'une fièvre ondulante, précédée souvent ou accompagnée de fluxions articulaires, qui, elles, ont rétrocedé. Tel est, par exemple, le cas du malade du Professeur Mauriac.

Exceptionnellement, l'affection prend dès le début l'aspect d'une arthrite suppurée, sans qu'on puisse dire à ce stade qu'il s'agit vraiment d'un processus suppuratif, ou d'une de ces pseudo-arthrites suppurées à rougeur érysipélateuse des téguments, décrites par H. Roger.

PÉRIODE D'ÉTAT.

La diversité symptomatologique persiste. Le plus souvent, le malade continue à souffrir de sa hanche; la douleur l'immobilise; son membre inférieur est en demi-flexion, en rotation externe et en abduction. Que la fièvre persiste ou non, on a souvent le tableau clinique de la coxalgie. Parfois, alors que le début annonçait une arthrite suppurée, la hanche, de rouge et tuméfiée qu'elle était, reprend un aspect normal, et seuls subsistent la douleur et les signes cliniques qui secondairement feront encore penser à une coxalgie (obs. Mauriac).

Exceptionnellement, il s'agit d'une véritable arthrite suppurée qui présente la symptomatologie des arthrites à pyogène en général (obs. O'Donoghue). Cette période d'état dure des semaines, et même des mois, plongeant dans la perplexité le médecin, qui n'ose plus rapporter à la mélitococcie, sur ces seules données cliniques, une localisation si traînante.

EVOLUTION.

Après un temps variable, plus court chez l'enfant que chez l'adulte, les douleurs s'amendent et le gonflement, s'il

y en avait, disparaît. Cette guérison locale coïncide le plus souvent avec celle de l'affection causale, mais il se peut aussi que celle-ci continue à évoluer, bien que localement tout soit rentré dans l'ordre.

PRONOSTIC.

Il est favorable comme il l'est pour les autres localisations articulaires. L'ankylose, fréquente dans l'arthrite gonococcique, constante dans la coxalgie, est, ici, une rareté. Après des mois de maladie et une immobilisation plus ou moins longue dans un appareil plâtré, on est surpris de constater à la place de l'ankylose attendue ou même recherchée, une hanche facile à mobiliser et qui récupère rapidement tous ses mouvements.

L'ankylose, lorsqu'elle existe, n'est que passagère, car elle cède en général au traitement mécanothérapique. Tel est le cas de notre malade (obs. Mauriac), qui a présenté une ankylose après sa sortie de l'appareil plâtré, et chez qui le Docteur Parcelier porte néanmoins un bon pronostic en raison de l'amélioration constante et progressive observée jusqu'ici. Très rarement, l'ankylose est définitive; Canteloube (obs. XLVII de son ouvrage) cite le cas d'une femme atteinte d'une arthrite séreuse du genou ayant abouti à l'ankylose, en l'absence de traitement mécanothérapique qu'elle avait refusé de suivre.

Cette absence d'ankylose, ou tout au moins sa non-persistance, est peut-être ce qu'il y a de plus caractéristique dans l'évolution des coxites à mélitensis, comme d'ailleurs des arthrites à mélitocoques en général. Evidemment, lorsque, par exception, on se trouve en présence d'une coxite suppurée, le pronostic est différent et devient celui des arthrites suppurées : l'ankylose est définitive et nécessite une arthroplastie ultérieure.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etiologie. — L'ostéo-arthrite de la hanche d'origine mélitococcique se rencontre à tous les âges. L'une des observations de Gillot nous la montre chez un enfant de 20 mois. Le même auteur l'a observée chez un vieillard : « J'ai vu un juif, D... (David), 63 ans, littéralement cloué par elle sur son grabat pendant plusieurs mois. »

Comme causes prédisposantes, nous pouvons invoquer le surmenage local; c'est lui que Mme Martin fait intervenir dans la production de la spondylite mélitococcique, et le Docteur Jullien (de Joyeuse) nous écrit que, dans les deux cas d'ostéoarthrite de la hanche d'origine mélitococcique observés par lui, il s'agissait de travailleurs de la terre surmenant leurs jointures.

La *pathogénie* de ces coxites se rattache à celle des ostéoarthrites à mélitensis en général. Le micrococcus de Bruce possède une affinité spéciale pour les jointures; il y réalise des arthrites, accompagnées de petites ostéites intra-articulaires. C'est ce qu'a démontré expérimentalement Burnet, en injectant du mélitensis à des cobayes. Sur une centaine de cobayes inoculés, 20 ont présenté des complications articulaires, visibles à la radio : substance osseuse raréfiée et décalcifiée; l'image plus claire contraste avec l'image opaque de l'os sain; les surfaces articulaires ont perdu leur netteté.

Nous verrons, à propos du diagnostic, que le malade du Professeur Mauriac a présenté à peu de choses près les modi-

fications radiologiques décrites ici par Burnet. Ces faits semblent mettre hors de doute l'existence d'arthrites et d'ostéites à mélitocoques chez le cobaye; ils expliquent, en outre, la fréquence des complications analogues dans la fièvre ondulante chez l'homme.

L'anatomie pathologique de la mélitococcie, maladie peu meurtrière, est un chapitre restreint; celui des coxites à *Melitensis* et, plus généralement, celui des ostéo-arthrites mélitococciques, reste encore à faire. Des lésions produites, nous n'avons que des images radiographiques, où, comme nous le verrons plus loin, ne ressort rien de bien spécifique.

A défaut de pièces humaines, il serait intéressant d'étudier sur des animaux l'anatomie pathologique, macro et microscopique, car ils font aussi de ces arthrites.

DIAGNOSTIC

La symptomatologie, floue et atypique des coxites à *Mélictensis*, nous fait pressentir la difficulté de leur diagnostic. Comme pour la septicémie elle-même, ce ne sera pas un diagnostic d'emblée; il se fera le plus souvent par étapes, au fur et à mesure que la maladie s'avance. On comprend alors que seule l'évolution établira la nature mélitococcique de certaines ostéites, de certaines arthrites, traînantes.

Mais encore faut-il auparavant faire le diagnostic de *Mélitococcie*, et en connaître toutes les fantaisies. Certes, en pays d'endémie, dans le Sud-Est, en Provence, dans le Languedoc, par exemple, les médecins sont prévenus, ils ont l'habitude, le *réflexe*. Mais dans les régions jusqu'ici indemnes de mélitococcie, l'erreur est facile, puisqu'on n'y pense même pas; ou bien, même y pensant, et le diagnostic de fièvre de Malte étant posé, on se laisse abuser par l'intensité d'une manifestation locale qui domine au point qu'on en oublie la véritable cause. La fièvre de Malte est, elle aussi, une grande simulatrice, dont les caractères protéiformes sont bien faits pour nous abuser. Savoir y penser, tel est le premier terme du diagnostic. La connaissance de la fièvre de Malte aidera à rétrécir le terrain vague où poussent encore pêle-mêle les pseudo-rhumatismes.

I. — *Diagnostic positif.*

Basé uniquement sur la *clinique*, il sera le plus souvent impossible à faire au début, car ce n'est pas une manifestation mono-articulaire, sans caractères particuliers et sans signes généraux bien nets, qui conduira au diagnostic d'une fièvre de Malte.

A la période d'état, la connaissance de la nature de la septicémie et la coexistence d'autres manifestations algiques articulaires ou autres feront rapporter au *Mélitensis*, une coxite qui au premier abord ne semblait pas devoir lui être attribuée. Mais, même à cette période, si la localisation coxale s'est manifestée au cours d'une mélitococcie ambulatoire, donc ignorée du malade, le médecin sera consulté pour une douleur de la hanche, et non pour une infection générale. C'est alors que, mis par exemple en présence d'une coxite à allure pseudo-phlegmoneuse, mais à évolution moins régulièrement progressive, sans réactions ganglionnaires, et en l'absence d'autres causes possibles d'arthrite, le clinicien averti se méfiera du mélitocoque et demandera au *laboratoire* la réponse que la clinique est incapable de lui donner. Pourquoi, en effet, lorsqu'on se trouve devant une douleur articulaire suspecte, ne pratiquerait-on pas systématiquement le séro-diagnostic de Wright ou plus aisément encore, à la campagne, l'intradermoréaction de Burnet? Notons en passant que pour être considérées comme positives, l'injection de mélitine dans le derme doit donner naissance à une papule *œdémateuse*, et la séro-agglutination être poussée à un degré suffisant, c'est-à-dire à 1/100^e au moins (Jullien).

L'*examen du liquide articulaire* retiré par la ponction donnerait la preuve formelle de la nature mélitococcique de l'arthrite, mais la mise en évidence du micrococcus mélitensis dans la sérosité est le plus souvent impossible à faire, de sorte que si la présence du germe prouve irréfutablement la nature mélitococcique d'une ostéo-arthrite, son absence ne permet nullement d'écarter le diagnostic de coxite à *brucellæ*.

La *radiographie* montre, au cours de l'évolution d'une coxite à mélitocoques, des lésions nettes, bien que, à notre avis, peu caractéristiques. Seules les observations de Gonzalez Aguilar et du Professeur Mauriac comprennent des renseignements radiographiques qui d'ailleurs ne concor-

dent pas : Aguilar a constaté des phénomènes d'ostéite condensante dans les zones osseuses en rapport avec les surfaces articulaires. Dans notre observation, au contraire, nous avons noté une décalcification généralisée du col et du cotyle, avec conservation de l'interligne; nous reviendrons plus longuement sur ces constatations radiographiques à propos du diagnostic différentiel avec la coxalgie. Quoi qu'il en soit, de ces deux observations contradictoires, relatant cependant 2 cas d'arthrite séreuse, il n'y a aucune conclusion radiologique pratique à tirer au point de vue du diagnostic positif. Pour l'arthrite suppurée, l'aspect n'est pas plus caractéristique; il est celui des arthrites suppurées en général. Si, par conséquent, la radiographie ne nous apporte aucun élément spécifique de diagnostic, elle nous permet cependant de suivre anatomiquement l'évolution — heureuse — des coxites à mélitocoques : chez notre malade, les surfaces articulaires reprennent peu à peu leur netteté; les phénomènes d'ostéite diffuse disparaissent, en même temps que s'évanouit la douleur et que la hanche ankylosée récupère insensiblement ses mouvements.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Les coxites à mélitocoques peuvent être confondues avec des arthrites de nature très différente; aussi leur découverte se fera-t-elle surtout par élimination. Au cours du diagnostic, nous aurons donc à les distinguer, par ordre de fréquence, des erreurs qui ont pu être commises jusqu'ici :

- a) de la *coxalgie*; en raison de l'importance de la question, nous lui consacrerons un chapitre spécial;
- b) des *arthrites de la hanche à gonocoques*;
- c) des *arthrites infectieuses médicales et des coxites typhiques en particulier*;
- d) de l'*ostéo-myélite de la hanche*;
- e) des *arthrites aiguës suppurées*.

1° Arthrites gonococciques.

Le diagnostic de coxite à gonocoque avait été discuté chez notre malade, bien qu'il n'eût avoué aucun antécédent vénérien, car nous nous sommes trouvé en présence d'une arthrite séreuse à forme mono-articulaire et à début aigu.

Ce n'est pas la ponction qui en général éclaire le diagnostic, car on sait que même pour des arthrites gonococciques indubitables le liquide articulaire est souvent stérile, comme il l'est vis-à-vis du mélitensis.

La radiographie pourra faire penser à un processus gonococcique plutôt que brucellien lorsque les lésions observées atteignent particulièrement les extrémités osseuses, lorsque l'ostéoporose s'est manifestée dès le début, lorsque, plus tardivement, le cartilage d'encroûtement disparaît et que des encoches osseuses apparaissent sur les surfaces articulaires, en même temps que s'efface l'interligne articulaire. Notre malade a présenté à peu près ces lésions, mais chez lui l'interligne articulaire est resté intact.

Signalons aussi l'importance de l'absence ou de la présence de gonocoque dans les voies génitales.

Mais la difficulté de diagnostic devient toute particulière lorsque le mélitococcique est aussi un blennoringien. Et alors on peut se demander si la blennorragie ne prédispose pas aux localisations mélitococciques graves.

En résumé, un séro-diagnostic de Wright positif, l'absence d'écoulement uréthral, l'absence de grosses lésions radiographiques, et, plus tard, une évolution sans ankylose, trancheront le diagnostic en faveur de la fièvre ondulante.

2° Arthrites infectieuses médicales.

Là aussi le diagnostic pourra rester en suspens si les réactions sérologiques, au lieu d'éclairer la question, la compliquent. Tel est, par exemple, le cas d'un malade atteint de spondylite et d'arthrite sacro-iliaque mélitococciques

dont, MM. Botreau-Roussel et P. Huard rapportent l'observation. Chez ce malade, l'hémoculture, puis le séro-diagnostic de Widal, avaient été positifs pour le para B, mais le séro-diagnostic de Wright l'avait été également. Les auteurs ont conclu à deux localisations mélitococciques, en raison de l'atténuation ultérieure du pouvoir d'agglutination vis-à-vis du para B, et de sa persistance, à un taux élevé, vis-à-vis du Mélitensis. Mais, cette différenciation, on en convient, est très délicate; *a priori*, il peut s'agir aussi bien d'un processus paratyphique que mélitococcique, car on sait que les arthrites typhiques peuvent survenir même après plusieurs semaines d'apyrexie.

Pour Gonzalez Aguilar, l'unique différence résiderait dans une localisation anatomique différente de l'infection : tandis que dans la fièvre typhoïde, les lésions articulaires proprement dites sont rares, et que les points d'ostéite observés ont presque toujours un foyer initial extra-articulaire, dans la fièvre de Malte, au contraire, ils sont de préférence intra-articulaires. Nous croyons plus simplement que la différenciation peut se faire par une interprétation logique des réaction sérologiques.

° 3° L'ostéomyélite de la hanche.

Elle peut être confondue avec certaines coxites à mélitococques, puisque la même erreur a été commise pour une « arthrite du genou, premier signe d'une fièvre de Malte, ayant simulé une ostéomyélite aiguë » (Massabuau, Soulas et Guibal).

On croit à une ostéomyélite de la hanche, lorsque, ignorant la nature ou même l'existence de l'affection causale, on se trouve en présence d'une hanche tuméfiée, empâtée, d'aspect livide, et que la douleur, exacerbée au moindre mouvement, se fait sentir également à la palpation du grand trochanter. Là encore interviendra le sens clinique du médecin, car le tableau clinique n'est pas tout à fait celui de

l'ostéomyélite : dans l'observation de Massabau, Soulas et Guibal, la douleur, l'empâtement, ne paraissaient pas avoir l'acuité normale au niveau du foyer osseux suppuré; d'ailleurs, l'évolution écarta l'hypothèse première d'ostéomyélite.

Chez notre malade, cette hypothèse pouvait également être émise à un moment donné, en raison du début aigu de la coxite, de la douleur aculée à la pression du grand trochanter, de la tuméfaction et de la rougeur des téguments; on aurait pu croire à une ostéomyélite évoluant à la faveur de la mélitococcie.

Par contre, d'après Poucel (de Marseille), l'erreur inverse aurait été commise chez un jeune garçon. On avait porté chez lui le diagnostic de coxite à mélitensis pour la seule raison que dans sa région sévissait une épidémie de fièvre de Malte; en réalité, l'évolution montra qu'il s'agissait d'une ostéomyélite de la hanche.

En résumé, il importe, avant d'admettre le diagnostic d'ostéomyélite dans certains cas douteux, d'éliminer rigoureusement la possibilité d'une atteinte mélitococcique. Mais il importe également de ne pas croire à un processus mélitococcique alors qu'il s'agit réellement d'une ostéomyélite. En général, une certaine atypie de son tableau clinique habituel amènera le clinicien à pratiquer les épreuves sérologiques, qui, étant positives, lèveront tous les doutes. Mais encore faudra-t-il y penser. Pas plus que le médecin, le chirurgien ne devra désormais ignorer la fièvre de Malte.

4° Les arthrites aiguës suppurées.

Le chirurgien devra d'autant moins l'ignorer qu'on vient de signaler très récemment plusieurs cas de mélitococcies qui ont été accompagnées ou suivies de processus suppuratifs (obs. de Burnet, Brun et Bonan; obs. de Brault). Nous avons rapporté plus haut une observation de coxite suppurée de la hanche (O'Donoghue). Ici non plus, pas de caractères

cliniques spécifiques. L'arthrite suppurée de la hanche d'origine mélitococcique possède la symptomatologie des arthrites aiguës suppurées en général. Le diagnostic sera établi par les réactions sérologiques révélant la mélitococcie et par la mise en évidence du mélitensis dans le pus de l'article.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE LES COXITES A MELITOCOQUES ET LA COXALGIE

Il est d'une importance primordiale en raison de la similitude étrange des deux affections. Dans toutes les observations relatées dans ce travail, la coxite à *Mélitensis* pouvait faire penser à une coxalgie, du moins à un moment donné de son évolution. C'est à cause de cette ressemblance que Gillet lui avait donné le nom de « pseudo-coxalgie méditerranéenne », terme non exempt de critique, puisqu'il n'englobe pas toutes les formes de coxites à *brucellæ*, mais qui a l'avantage de rapprocher de l'affection causale, l'affection la plus fréquemment simulée.

Avant d'aborder ce diagnostic différentiel proprement dit, il nous paraît utile d'insister sur la similitude de la mélitococcie et de la tuberculose en général, et de discuter la question, controversée, de leur association et de l'influence qu'elles peuvent réciproquement exercer l'une sur l'autre.

Mélitococcie et tuberculose.

« Si le mélitocoque peut simuler expérimentalement et cliniquement les lésions les plus diverses, ce sont presque toujours les lésions tuberculeuses qu'il imite. » (Cantaloube.) Cette simulation se retrouve pour la presque totalité des manifestations mélitococciques, et nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur l'analogie de leurs symptômes : on pense à une typhobacillose en présence d'un état infectieux persistant, de sueurs profuses, d'amaigrissement extrême, jusqu'au jour où le séro-diagnostic montre une agglutination positive pour le micrococcus *Melitensis*. Ou bien, dans les

mélitococcies à déterminations pulmonaires, c'est le diagnostic de bronchopneumonie, de granulie, etc., qui paraît s'imposer, surtout lorsque les signes se localisent au sommet; le pronostic porté est sombre, lorsque tout à coup la fièvre tombe, les phénomènes pulmonaires s'amendent et disparaissent, « donnant au médecin stupéfait le spectacle d'un pseudo-tuberculeux hier encore condamné et qui guérit complètement ». D'après Salan, sur 64 mélitococciques traités du 1^{er} janvier 1926 au 1^{er} mai 1931 à l'hôpital Ruffi, de Nîmes, 10 avaient été hospitalisés avec le diagnostic ou la suspicion de tuberculose pulmonaire. « Beaucoup de ces prétendues tuberculoses, dit Cantaloube, vont disparaître dès qu'on saura la fréquence des infections par le coccus de Bruce. » Mais la fièvre de Malte réserve encore d'autres surprises : nous avons signalé au début de notre travail les conséquences désastreuses qui peuvent résulter de la confusion d'une orchite mélitococcique, de pronostic bénin, avec l'orchépididymite tuberculeuse, qui souvent nécessite l'intervention. Chez un mélitococcique peuvent également se développer des abcès cutanés, tout particulièrement au niveau des articulations chondrosternales, où elles simulent l'abcès froid costal (H. Roger); et si le malade présente par ailleurs des signes pulmonaires suspects, l'erreur deviendra presque fatale.

Cette similitude se complète par la coexistence dans l'une et l'autre affection d'arthrites parfois torpides, sacro-iliaques, vertébrales, coxales... La plupart du temps il s'agit de lésions non suppurées et cataloguées sous la rubrique rhumatisme. Les lésions articulaires suppurées à *allure froide* sont beaucoup plus rares, à tel point que Roger les soupçonne d'être des lésions mélito-bacillaires (cf. obs. de Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie, *Marseille médical*, 23 oct. 1925).

Ceci nous amène à aborder la question de l'*association mélitococcie-tuberculose*. Elle existe indubitablement : Ranque et Sénez citent un cas où l'hémoculture fut positive pour le *Melitensis* et où des bacilles de Koch furent trouvés ultérieurement dans les crachats. Mais ce qui est particulièrement

important, c'est de savoir, tant au point de vue de l'infection générale que de la localisation articulaire, si la mélitococcie, maladie anergisante, [au cours de laquelle, comme l'ont montré Olmer et Massot, la cutiréaction à la tuberculine devient le plus souvent négative], favorise le développement ultérieur d'un processus tuberculeux ou tout au moins révèle une bacilliose jusqu'alors latente. On a dit que la mélitococcie faisait le lit de la tuberculose; cette opinion est soutenue en particulier par Olmer :

« Une jeune fille de 20 ans, contracte la mélitococcie en Corse; au décours de cette infection se développe une tuberculose pulmonaire et laryngée qui emporte la malade en moins d'un an. »

« Une femme de 42 ans, de santé délicate, présente une infection avec fièvre, constipation, sueurs profuses, asthénie, sans signes pulmonaires appréciables. Le sérum agglutine le mélitensis macroscopiquement de 1/50^e à 1/1.000^e (laboratoire Ranque et Senez). Deux mois environ après le début de la maladie, apparaissent des signes pulmonaires incontestables, localisés aux sommets avec bacilloscopie positive. »

« Ce fait, conclut l'auteur, impose l'obligation d'éviter aux mélitococciques toute cause d'infection ou de réinfection tuberculeuse ».

En opposition aux convictions d'Olmer, Hayat (de Tunis), prenant la parole aux *Journées médicales tunisiennes de 1926*, déclare : « Il y a un autre fait que m'a fait connaître ma longue expérience : les mélitococciques ne deviennent presque jamais tuberculeux... On a certainement exagéré en disant que la fièvre de Malte fait le lit de la tuberculose. » De même, Cantaloube cite le cas de 2 malades chez lesquels la mélitococcie n'a pas eu de répercussion sur les lésions articulaires tuberculeuses qu'ils présentaient :

Obs XI. — Mélitococcie survenue chez un homme de 32 ans, lequel traîne depuis l'âge de 17 ans une coxalgie avec fistules. Or, rien ne s'est passé du côté de la hanche lésée.

OBS. CXLVIII. — Jeune homme de 28 ans, mélitococcique, atteint de tuberculose osseuse ancienne guérie (tuberculose du genou droit, du péroné droit, du coude gauche)... A souffert de malaises et de lassitude... A gardé le lit une huitaine de jours; sueurs abondantes. Le coude gauche, ankylosé depuis une dizaine d'années, se gonfle, devient rouge et douloureux. Tout rentre dans l'ordre au bout de trois semaines.

En présence de ces deux opinions quelque peu contradictoires, il convient, croyons-nous, d'être éclectique. Sans être d'une fréquence aussi grande que le prétend Olmer, les tuberculoses révélées ou favorisées par la mélitococcie existent sans aucun doute, et il faut en tenir compte dans le diagnostic de certaines coxites survenant au cours d'une mélitococcie.

Diagnostic proprement dit.

Nous allons l'envisager dans deux cas différents :

Dans un premier cas, le plus habituel d'ailleurs, les manifestations coxales risquent d'être attribuées d'emblée à la tuberculose, soit que le diagnostic de l'infection causale n'ait pas été fait, soit qu'en raison de leur allure atypique on n'ose les rapporter à la mélitococcie. Lorsque la douleur coxale est l'unique manifestation d'une fièvre de Malte, qu'il s'agisse d'une forme ambulatoire, et de ce fait ignorée, ou que véritablement elle marque le début d'une mélitococcie (obs. Aguilar), c'est alors qu'elle simule le mieux la coxalgie. Les deux observations de Gillot, celles de Cignozzi, en sont des exemples typiques. Guibal également dit avoir vu « un malade qui souffrait de la hanche, sans autre manifestation, on avait posé le diagnostic de coxalgie, et on aurait commencé le pénible traitement nécessaire si l'évolution n'avait pas révélé une arthrite mélitococcique ». L'erreur est fréquente si l'on se contente d'un examen sommaire et surtout si l'on néglige cette partie préliminaire de tout exa-

men que constitue l'interrogatoire. Un interrogatoire serré révélera souvent, à défaut des stigmates tuberculeux qu'on attendait, des faits qui aiguilleront les recherches vers la mélitococcie : on découvrira, par exemple, que le malade a séjourné dans un pays infesté par le mélitocoque, qu'il y a consommé du lait ou du fromage de chèvres, etc. Et l'hypothèse d'une fièvre de Malte, une fois émise, sera vérifiée par les épreuves de laboratoire.

Au point de vue radiographique, les lésions observées dans les coxites à mélitocoques sont nettement différentes des lésions de la coxalgie. Dans la coxalgie, les lésions osseuses ne sont pas diffuses, mais centrées en général sur un même point. La décalcification y est constante, de même que la disparition de l'interligne articulaire, et, plus tard, la fonte de la tête fémorale et celle du toit du cotyle par ulcération compressive. Dans la mélitococcie, dit Gonzalez Aguilar, il y aurait condensation osseuse au lieu de raréfaction; de plus, on ne constate pas de lésions graves. Chez notre malade, nous n'avons pas constaté de condensation, mais bien de la raréfaction osseuse; le Docteur Parcelier avait cependant rejeté l'hypothèse de coxalgie pour les trois raisons suivantes :

- Aspect granité et diffus des lésions;
- Absence de lésions centrées sur un point;
- Conservation de l'interligne articulaire.

Notons qu'un auteur italien a également remarqué l'absence de raréfaction osseuse dans la mélitococcie : le Professeur Onorato (cité par Roger, *Journées médicales tunisiennes*, 1926) raconte le cas d'un malade « qui semblait atteint de coxite tuberculeuse avec phénomènes douloureux. L'absence de lésions de raréfaction osseuse à la radiographie fit penser à une infection staphylococcique. Le vaccin anti-staphylococcique fut sans effet, de même que la protéinothérapie. Un séro-diagnostic fut alors positif pour le Méli-tensis ». Nous en concluons que l'absence de raréfaction

osseuse peut être un argument pour éliminer le diagnostic de coxite tuberculeuse, sans que le contraire soit exact.

La ponction articulaire ne tranche le diagnostic que si on trouve du *Mélitensis* dans la sérosité. Nous savons que la chose est rare. Dans certaines formes de coxites à évolution longue, l'inoculation au cobaye pourra être pratiquée utilement, car, n'étant pas suivie de lésions bacillaires, elle fera éliminer l'hypothèse de coxalgie. D'autre part, nous avons vu qu'expérimentalement l'injection de *Mélitensis* à des cobayes a provoqué chez eux des arthrites (Burnet). Il serait intéressant d'étudier si l'injection de sérosité articulaire provoque chez ces animaux les mêmes arthrites. Ce serait un moyen de diagnostic de premier ordre.

L'évolution enfin, bénigne, confirme le diagnostic de coxite à mélitocoque, car il n'existe pas d'observation de coxalgie qui rétrocede en quelques mois, sans ankylose, et en l'absence de tout traitement.

Dans un deuxième cas, beaucoup plus rare, il peut exister une association mélitocoque-bacille de Koch. A laquelle des deux infections en présence faut-il alors rapporter la lésion coxale ? Les deux germes aiment les articulations. Le diagnostic, souvent impossible au début, pourra être entrevu grâce aux radiographies successives, montrant la présence de lésions qui ne sont pas celles de la coxalgie, mais il ne sera réellement affirmé que par l'évolution seule. Il est donc bien difficile, pour ne pas dire impossible, de prouver qu'une arthrite, d'abord mélitococcique, puisse dégénérer, ainsi que le prétend Pieri, en arthrite tuberculeuse. Il faudrait pour cela que, par une première ponction on ait retiré du mélitocoque de l'articulation; sinon, il est plus logique d'admettre que les lésions étaient d'emblée tuberculeuses et qu'elles se sont manifestées au cours d'une mélitococcie.

En résumé, le diagnostic différentiel d'une coxite à mélitocoque avec une coxalgie s'établira par :

un interrogatoire rigoureux montrant la possibilité d'une infection brucellienne;

les épreuves de laboratoire, établissant la nature de l'infection générale;

la radiographie, montrant, à défaut de lésions spécifiques d'une atteinte mélitococcique, l'absence de lésions tuberculeuses;

l'examen du liquide articulaire;

et enfin l'évolution.

Comme conclusion, signalons les conséquences, toujours regrettables et parfois désastreuses, résultant de la confusion entre coxalgie et coxite à mélitocoque : on impose au malade, croyant avoir affaire à une coxalgie, une longue et inutile immobilisation, ou bien on le fait bénéficier à tort de la loi sur les pensions militaires. Jullien attire l'attention sur cette question et cite plusieurs observations, dont une où le diagnostic erroné de tuberculeuse osseuse a ouvert indûment des droits à pension. Il en conclut que « les centres d'expertise doivent systématiquement pratiquer sur les sujets atteints d'affections chroniques d'étiologie indéterminée, les épreuves de laboratoire qui peuvent déceler l'infection à brucellæ ». Que cette pratique soit suivie par tous les médecins et chirurgiens, et ils seront dans les meilleures conditions possibles pour rapporter à sa véritable cause une affection qui, nous en sommes persuadé, doit surtout sa rareté à la connaissance imparfaite qu'on en a encore.

TRAITEMENT

I. — *Traitement préventif.*

Est-il possible, au cours d'une mélitococcie, d'éviter les localisations *graves* de l'infection sur une articulation ?

La thérapeutique de la fièvre de Malte est encore bien décevante pour que nous puissions y croire. Cependant, en mettant, d'une façon précoce, le malade dans les conditions les plus favorables pour que son organisme réagisse contre l'infection, on pourra par là même éviter parfois les localisations tenaces de celle-ci. C'est peut-être au début seul que la vaccinothérapie pourra donner quelques résultats. On lui adjointra une bonne alimentation, car c'est en « nourrissant ses fiévreux » que l'on aura le plus de chances d'éviter les complications de toute nature et les convalescences interminables si fertiles en complications articulaires tenaces.

II. — *Traitement curatif.*

Le traitement médical ne pourra rien; les médications anti-infectieuses, les médications de choc ont été essayées avec des fortunes diverses; la sérothérapie et la vaccinothérapie n'ont guère plus de succès à leur actif.

Localement, le rôle du médecin consistera surtout à surveiller l'évolution de la coxite. En raison de l'absence habituelle d'ankylose, il semble, de prime abord, inutile, sinon nuisible, d'immobiliser la hanche malade. Tel est l'avis de Gillot, qui met sur le compte de l'immobilisation, l'atrophie musculaire survenue au petit malade de l'observation II : « Sans doute, l'immobilité du malade est un moyen très utile dans la fièvre de Malte pour soulager la douleur,

mais ce qu'il ne faut pas, c'est poser, comme dans la coxalgie ordinaire, des appareils inamovibles plâtrés... L'immobilisation peut d'ailleurs avoir lieu dans n'importe quelle position, car il n'y a pas là à craindre d'ankylose, que nous sachions. La traction par les poids ne présente aucun avantage. En général, la douleur est tellement intense que le patient demeure figé dans la même attitude. » Cependant, si l'ankylose est rare, elle peut se produire : le cas de cette arthrite du genou (cité par Canteloube), se terminant par une ankylose en mauvaise position en est un exemple; chez notre malade, l'ankylose ne rétrocede qu'à la longue.

Nous estimons donc qu'il faut, en présence de toute coxite à mélitococque, être prévoyant : l'évolution, exceptionnellement, peut être capricieuse ! Et alors, pour prévenir une ankylose possible, en position vicieuse, il est prudent de mettre la hanche malade en bonne position. Telle a été la conduite du Docteur Parcelier chez notre malade, lequel est resté vingt-deux jours dans un appareil plâtré pelvi-pédieux.

Cette immobilisation de prudence aura également l'avantage de supprimer la douleur, qui se produit au moindre mouvement de l'article malade.

Elle ne sera certes pas aussi longue que dans la coxalgie; elle dépendra de l'état fébrile, de l'évolution des lésions que l'on suivra à la radiographie. Au besoin, comme le préconise Gillot, on la rompra de temps à autre afin de contrôler par un examen clinique l'état de l'article malade, afin également d'éviter la raideur articulaire consécutive à toute immobilisation de longue durée.

Mais ce qu'il faudra éviter par-dessus tout, c'est de conclure par un diagnostic erroné à la coxalgie et appliquer inutilement au malade un long et pénible traitement. Que les chirurgiens sachent penser eux aussi à la mélitococcie, et ils éviteront parfois au malade une immobilisation coûteuse et non sans inconvénients. S'il s'agit exceptionnellement de coxite suppurée, l'intervention est évidemment la seule thérapeutique que nous leur confions alors sans réserve.

CONCLUSIONS

Dans la symptomatologie variée et atypique de la mélitococcie, les manifestations articulaires tiennent une place particulièrement importante.

Ce sont d'abord des arthralgies, de beaucoup les plus fréquentes, puis des arthrites aiguës polyarticulaires, enfin des monoarthrites tenaces à allure subaiguë ou chronique, après un début qui a pu être franchement aigu, ou au contraire insidieux.

Parmi ces dernières, l'ostéoarthrite de la hanche, complication peu fréquente, a été jusqu'ici peu étudiée. Elle présente cependant un intérêt tout particulier, parce qu'elle risque souvent de ne pas être rapportée à sa véritable cause : la mélitococcie.

Sa symptomatologie, variée comme celle de l'affection causale elle-même, n'offre absolument rien de pathognomonique. Elle simule des arthrites de nature très différente.

Mais elle simule surtout la coxalgie, comme en témoigne le terme de *pseudo-coxalgie méditerranéenne*, qui lui a été donné.

Son diagnostic est souvent impossible à établir sans le secours du laboratoire. Dans certains cas complexes, il n'est affirmé que par l'évolution qui est bénigne en général (sauf

dans le cas exceptionnel de coxite suppurée), et se termine sans ankylose.

De cette absence habituelle d'ankylose, le traitement tiendra compte, mais l'immobilisation aura lieu cependant, afin de prévenir une ankylose en mauvaise position. Elle est exceptionnelle, sans doute, mais toujours possible.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUGAS. — Formes inhabituelles de la mélitococcie. Thèse Paris, 1927.
- BOTRÉAU-ROUSSEL et HUARD (P.). — Spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococcique, avec abcès fessiers bilatéraux ayant simulé des abcès froids ossifluents. *Soc. nat. de chir.*, n° 32, 12 déc. 1931.
- BRAULT. — Fièvre de Malte : violente ostéite du fémur et du tibia gauches, vaste ostéite des os du crâne exo et endocraniennes. *Gaz. des hôp.*, 25 août 1910.
- BURNET. — Sur un cas d'arthrite fréquemment constatée chez les cobayes infectés par le micrococcus mélitensis. *Bull. de l'Acad. des sciences*, 3 avril 1922.
- BURNET, BRUN et BONAN. — Ostéite suppurée à Mélitensis. *Rev. tunisienne des sciences méd.*, avril 1924, n° 4, et *Soc. de chir.*, mars 1924.
- CANTALOUBE. — Une épidémie de fièvre de Malte en France, Maloine, édit., 1911.
- Traitement de la fièvre de Malte. *Journ. des prat.*, 26 mars 1910.
- CAZENEUVE. — Ostéopériostite postmélitococcique. *Bull. Soc. path. exot.*, déc. 1913.
- CIGNOZZI. — La coxo-psôite de la fièvre de Malte simulant la coxalgie. *La Riforma medica*, 16 juill. 1921.
- FAVRE. — Deux cas de maladie de Bang, l'un avec complication osseuse, l'autre avec appendicite. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 23 sept. 1931.

- GILLOT. — La pseudo-coxalgie méditerranéenne. *Société pour l'avancement des sciences*, 1908.
- GONZALEZ AGUILAR. — Pseudo-coxalgia mediterranea. *Arch. de med. cir. y especial.*, 11 juin 1927.
- HAYAT. — Contribution à l'étude de la fièvre méditerranéenne. Thèse Montpellier, 1903.
- Tuberculose et mélitococcie. *Journées médicales tunisiennes*, 1926.
- JANBON et DUPONNOIS. — Fièvre ondulante de longue durée avec déterminations ostéo-articulaires persistantes. *Arch. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 25 janv. 1929.
- JULLIEN (de Joyeuse). — Dépistage des brucelloses humaines. *Monde médical*, 15 mai 1933.
- Fièvre ondulante et médecine légale. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1932.
- LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER (H.). — Le pseudo-rhumatisme méditerranéen. *Gaz. des hôp.*, 14 juin 1910.
- LAVENTURE. — Les déterminations articulaires dans la fièvre de Malte. Thèse Montpellier, 1923.
- MARTIN (Mme). — Les spondylites mélitococciques. Thèse Paris, 1926.
- MASSABUAU, SOULAS (Mlle) et GUIBAL (A.). — Arthrite du genou, premier symptôme d'une fièvre de Malte simulant une ostéomyélite aiguë. *Arch. de la Soc. de méd. et de biol. de Montpellier*, sept. 1929.
- O'DONOGHUE. — Septic arthritis in the hip caused by brucella mélitensis. *The Jour. of. Bone and Joint Surg.*, vol. XV, avril 1933.
- OLMER. — Mélitococcie et tuberculose. *Marseille médical*, 25 oct. 1929.
- La mélitine de Burnet, son intérêt pour le diagnostic, le traitement et la prophylaxie. *Journ. méd. franç.*, mai 1929.
- PAVIOT, MARTIN et DECHAUME. — Cellulite et myosite dans la fièvre de Malte. *Journ. méd. de Lyon*, n° 242, p. 87.

- PHOCAS (d'Athènes). — De la fièvre de Malte au point de vue chirurgical. *Congrès français de chirurgie*, 5 oct. 1910, p. 743.
- PIERI. — Ostéite costale. *Congrès de chirurgie*, Paris, 1910.
- POUCEL. — Les erreurs les plus fréquentes occasionnées par l'ostéomyélite. *Le Sud médical et chirurgical*, 15 juin 1927.
- RANQUE et SENEZ. — La mélitococcie en Provence au cours de ces dernières années. *Marseille médical*, 25 oct. 1925.
- 200 cas de fièvre de Malte en Provence, *Marseille médical*, 15 juin 1923.
- ROGER (H.). — La fièvre de Malte. *Gaz. des hôp.*, 22 janv. 1910.
- Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie. *Marseille médical*, 25 oct. 1925.
- Les spondylites mélitococciques. *Presse médicale*, mai 1926.
- Formes cliniques de la mélitococcie. *Journ. méd. franç.*, mai 1929.
- Les complications nerveuses et paranerveuses de la mélitococcie. *Journ. méd. franç.*, mai 1929.
- ROGER (H.). et RAYBAUD. — La sciatique mélitococcique. *Marseille médical*, 15 nov. 1929.
- ROZIÈS. — Traitement curatif de la mélitococcie. *Journ. méd. franç.*, mai 1929).
- SALAN. — Fièvre ondulante et tuberculose (pseudo-tuberculoses pulmonaires mélitococciques). Thèse Montpellier, 1931.
- TIXIER et PATEL. — Maladies chirurgicales des articulations. *Précis de path. chir.*, t. I.
- TROTTA (G.) et CANTIERI. — Deux cas de suppuration due à la fièvre de Malte simulant des abcès par congestion du mal de Pott. *Wien. Klin. Wochenschr.*, t. XXVI, 1913. Analysé par DEMAREST, *Journ. de chir.*, 1913, p. 585.
- ZESAS. — Complications ostéo-articulaires de la fièvre de Malte. *Arch. gén. de chir.*, 15 janvier 1911.

